

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	氏名 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4 5 4 1 0
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 東京 中央区築地9-9-9 〇〇マンション503				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	三井住友 ※阪和興業社員は口座記入不要	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 その他 ()	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所	〇〇〇〇
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 2 3 4 5 6 7	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンポ゜ タロウ				

阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)

2の場合は必ず記入・押印

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名・印	住所	「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) 氏名・印 (フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係

記入不要

「申請者記入用」は2ページに続きます >>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険事務士の
提出代行者名記載欄



健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 右膝前十字靭帯断裂	2 発病	平・令 1 年 5 月 18 日
	2)	または	平・令 年 月 日
	3)	負傷	平・令 年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		2	1. 病気 (発病時の状況) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和) 年 月 日	から 日数 10 日間
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		営業	

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1	1. はい 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 1 年 5 月 20 日 から 報酬額 20,000 円 令和 1 年 6 月 2 日 まで	
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	1	1. はい 2. 請求中 3. いいえ
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 △△△症候群 基礎年金番号 012345 - 678901 年金コード	
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日 年金額 円	
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称ご記入ください。	3	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード		
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日 年金額 円		
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	3	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署		
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日	(1) 令和	年	月	日																											
		(2)	(2) 令和	年	月	日																												
		(3)	(3) 令和	年	月	日																												
	発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																											
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																								
	うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費()	<input type="checkbox"/> 転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																	
	診療実日数	診療日を	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		○で囲んで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		ください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)										手術年月日 令和										年	月	日												
担当の医師の記入欄										退院年月日 令和										年	月	日												
										症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																								
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																											
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名																																		
印 電話 ()																																		

記入例

1	患者氏名	協会 太郎																																
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成	26	年	4	月	22	日																								
3	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	発病または負傷の原因	左肩部強打																														
4	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで	21 日間																															
5	診療実日数	診療日を	4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		○で囲んで	5 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		ください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)										手術年月日 平成										年	月	日												
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。										退院年月日 平成										年	月	日												
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																											
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1																																		
医療機関の名称 ○○総合病院																																		
医師の氏名 保険 五郎																																		
印 電話 03 (△△△△)△△△△																																		

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。